

# **Palliattiivisen hoidon ja saattohoidon tilanteesta Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaaloiden osastoilla**

## **Kyselytutkimus**

Anne Aavisto  
Eija Porspakka

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2015

Hoitotyön koulutusohjelma  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



**JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU**  
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Aavisto, Anne Porspakka, Eija	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 20.04.2015
	Sivumäärä 36	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Palliativisen hoidon ja saattohoidon tilanteesta Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaaloiden osastoilla - Kyselytutkimus</b>		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaajat Holma, Sinikka; Seriola, Leena		
Toimeksiantajat Kuusinen, Anneli (KSSHP); Orilahti, Maarit (Jyväskylän kaupunki)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Saattohoito ja palliativinen hoito ovat sekä käsitteinä että hoitomuotoina varsin uusia Suomessa. Vaikka saattohoitoa säätelee ja ohjaa erilaiset lait ja suositukset, hoitotyönä toteutuvat käytännöt poikkeavat toisistaan alueellisesti. Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää kyselytutkimuksella palliativisen ja saattohoidon tilannetta Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaaloiden osastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa saattohoidon ja palliativisen hoidon laadusta, saatavuudesta ja kehittämistarpeista Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaaloiden osastoilla.</p> <p>Tutkimusluvut saatiin kaikilta Keski-Suomen alueen viideltä kuntayhtymältä. Kyselylomake lähetettiin Webropol-ohjelmiston kautta 19 terveyskeskusosastolle. Tutkimukseen vastasi määräaikaan mennessä 12 osastoa (63 %).</p> <p>Tutkimustuloksista kävi ilmi, että kaikilla osastoilla tehtiin hoitolinjauksia ja toteutettiin saatto- ja palliativista hoitoa. Vastausten perusteella todettiin, että osastoilla oli käytössä eri potilastietojärjestelmiä ja kirjaamiskäytänteitä. Osastoilla oli käytettävissä moniammatillista osaamista ja enemmistö osastoista (75 %) otti yhteyttä saattohoitoa toteuttaessa johonkin konsultoivaan tahoon. Vähäiset resurssit, kiire, potilaiden suuri määrä ja heterogeenisyys nähtiin haasteena laadun ja saatavuuden toteutumiselle. Tutkimuksesta kävi ilmi hoitohenkilöstön tarve saada lisäkoulutusta palliativisen hoidon potilaan ja saattohoitopotilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaamisessa.</p> <p>Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan käyttää Keski-Suomen alueen saattohoidon ja palliativisen hoidon kehittämisessä. Yhteiskunnallisesti tutkimus pyrkii herättämään keskustelua saattohoidon ja palliativisen hoidon nykytilasta ja kehittämistarpeista.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Palliativinen hoito, saattohoito, kyselytutkimus		
Muut tiedot		



Author(s) Aavisto, Anne Porspakka, Eija	Type of publication Bachelor's thesis	Date 20.04.2015
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 36	Permission for web publication: x
Title of publication <b>Investigation on the Current Situation of Hospice and Palliative Care in the Hospital Wards of Health Centres in Central Finland</b>		
Degree programme Degree programme of Nursing		
Tutor(s) Holma, Sinikka; Seriola, Leena		
Assigned by Kuusinen, Anneli (KSSHP); Orilahti, Maarit (Jyväskylä city)		
<p>Abstract</p> <p>Hospice and palliative care are still rather new in Finland, both as concepts and as forms of care and treatment. Although hospice care is regulated and directed by law and guidelines, the care practices differ regionally. The purpose of this thesis was to study the situation of palliative and hospice care in the hospital wards of health centres in the region of Central Finland. The thesis aimed at collecting information on the quality, availability and developmental needs of hospice and palliative care in the hospital wards of health centres in Central Finland.</p> <p>Five municipal federations granted research permission. The questionnaires were sent through the Webropol application to 19 health centre wards, of which 12 (63 %) replied within the time limit.</p> <p>The results showed that plans of care were made and hospice and palliative care were administered in all wards. The answers also revealed that various patient records and documentation procedures were used. There was multiprofessional expertise available and most of the wards (75 %) were in contact with consultants when implementing end-of-life care. Limited resources, precipitancy, and the large number and heterogeneity of patients were considered to challenge the quality and availability of care. The investigation also highlighted the need for further training among care personnel of how to respond to the physical, psychological, social and spiritual needs of a hospice care patient.</p> <p>The information gathered in this study can be used to develop hospice and palliative care in the region of Central Finland. At the societal level, the thesis aims at raising a discussion on the current situation and developmental needs of hospice and palliative care.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) Palliative care, hospice care, investigation		
Miscellaneous		

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	3
2	PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO.....	3
2.1	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käsitteet .....	3
2.2	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytila ja tulevaisuus.....	6
2.3	Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevia lakeja, asetuksia ja suosituksia .....	7
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	13
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	13
4.1	Tutkimusmenetelmä.....	13
4.2	Aineiston keruu ja analysointi .....	14
4.3	Tutkimuksen eettisyys, laadukkuus ja luotettavuus .....	15
5	KYSELYTUTKIMUKSEN TULOKSET .....	16
5.1	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutus osastoilla .....	16
5.2	Henkilökunnan koulutus, ammattitaito ja resurssit osastoilla.....	18
5.3	Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa käytettävä oireiden hoito ja kivunhoito osastoilla .....	20
5.4	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon haasteet ja toiveet osastoilla.....	21
6	POHDINTA .....	22
6.1	Tutkimuksen johtopäätökset.....	22
6.2	Jatkotutkimus- ja –toimenpide-ehdotuksia.....	27
6.3	Opinnäytetyöprosessin arviointia .....	28
	LÄHTEET.....	30
	LIITTEET .....	33

Liite 1. Kyselytutkimus.....	33
------------------------------	----

## TAULUKOT

TAULUKKO 1. Palliativisen hoidon kolmiportainen malli, mukailtu STM:n raportti (2010:6).....	11
TAULUKKO 2. Saattohoidon organisaatio erikokoisissa terveyskeskuksissa, mukailtu STM:n raportti (2010:6) .....	12

## KUVIOT

KUVIO 1. ICD-koodien käyttö sairauskertomuksessa.....	17
KUVIO 2. Osastolla käytettävissä oleva muu henkilökunta .....	18
KUVIO 3. Hoitohenkilöstöresurssien lisäys loppuvaiheen vaativassa saattohoidossa.....	19
KUVIO 4. Palliativista-/saattohoitotyötä tekevien osallistuminen työnohjaukseen viimeisen vuoden aikana .....	20

# 1 JOHDANTO

Saattohoito ja palliatiivinen hoito ovat sekä käsitteinä että hoitomuotoina varsin uusia Suomessa. Saattohoitoa säätelee ja ohjaa erilaiset lait ja suositukset ja sitä tulee kehittää ja yhtenäistää alueellisesti yhdenvertaisen ja tasa-arvoisen hoidon varmistamiseksi eri puolilla Suomea (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 - Suunnitelmat ja toteutus 2012, 18).

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää kyselytutkimuksella palliatiivisen ja saattohoidon tilannetta Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaaloiden osastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa saattohoidon ja palliatiivisen hoidon laadusta, saatavuudesta ja kehittämistarpeista Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaaloiden osastoilla.

Kyselytutkimus toteutettiin sähköisesti Webropol-ohjelmiston kautta. Kyselystä saatuja tuloksia peilattiin valtakunnallisiin palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta asetettuihin lakiin, ohjeistuksiin, tutkimuksiin ja suosituksiin. Kyselytutkimus oli ensimmäinen laatuaan Keski-Suomen alueella ja toi näin tärkeää tietoa saattohoidon ja palliatiivisen hoidon tilanteesta. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan käyttää Keski-Suomen alueen saattohoidon ja palliatiivisen hoidon kehittämisessä. Yhteiskunnallisesti tutkimus pyrkii herättämään keskustelua saattohoidon ja palliatiivisen hoidon nykytilasta ja kehittämistarpeista.

## 2 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO

### 2.1 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käsitteet

Ensimmäiset merkinnät saattohoidosta löytyvät vuodelta 1842 Ranskasta. Varsinaisia saattohoitokoteja on perustettu 1960-luvun lopusta lähtien enenevästi eri maihin. Palliatiivinen hoito sai alkunsa englantilaisesta hospice-liikkeestä, joka on saanut maailmalla yleisesti hyväksytyn aseman vaikeasti sairaiden ja kuolevien inhimillisenä

hoitofilosofiana. Lääketieteen erikoisalaksi palliatiivinen lääketiede on hyväksytty Norjassa, Iso-Britanniassa, Kanadassa ja Australiassa. Suomessa palliatiivisen lääketieteen professuuri perustettiin vuonna 1999. (Hyvä saattohoito Suomessa - asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset 2010; Vainio & Hietanen 2004, 5.)

Euroopan neuvoston (Council of Europe 2003) julkaisun mukaan saattohoitokoteja on Iso-Britanniassa 219, Ruotsissa 69 ja Saksassa 64. Suomessa saattohoitokoteja on tällä hetkellä viisi, joista ensimmäiset perustettiin vuonna 1988, Pirkanmaan hoitokoti Tampereelle ja Terhokoti Helsinkiin. 1990-luvun alussa käynnistettiin saattohoitotoimintaa Oulun seudulla, mutta varsinaista toimivaa saattohoitokotia ei syntynyt. Turussa Karinakoti aloitti toiminnan 1994, Koivikkokoti Hämeenlinnassa 2002 ja Karjalakoti Lappeenrannassa 2011. Vuosituhannen vaihteen jälkeen on käynnistetty useita saattohoidon hankkeita ja projekteja. (Hänninen 2004, 311.)

Maailman terveysjärjestö, WHO (2002) määrittelee syöpäohjelmassaan palliatiivisen hoidon lähestymistapana, minkä tarkoituksena on ylläpitää parantumattomasti sairaa ja hänen perheensä hyvää elämänlaatua. Sen päämääränä on nähdä kuolema elämän normaalina päätepisteenä. Palliatiivisen hoidon osa-alueita ovat kuolevan potilaan oireiden lievitys, psyykkisen ja henkisen tuen tarjoaminen, aktiiviseen elämään tukeminen jäljellä olevana aikana sekä omaisille annettava tuki sairauden aikana ja kuoleman jälkeen. WHO:n mukaan palliatiivinen hoito on moniammatillista ja – tieteistä tiimityötä ja sen tulisi olla kaikkien sitä tarvitsevien saatavilla. (WHO 2010.)

Käypä hoito – suosituksen mukaan palliatiivinen hoito on potilaan oireenmukaista, aktiivista, moniammatillista ja kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun kuratiiviseen eli parantavaan hoitoon ei ole enää mahdollisuutta. Ajallisesti se voi kestää vuosia. Palliatiivisen hoidon päämääränä on potilaan mahdollisimman hyvä hoito ja elämänlaatu ottaen huomioon hänen itsemääräämisoikeutensa, säädetyt lait ja asetukset, potilaan läheiset sekä sen, että kuolema on elämään kuuluva normaali tapahtuma. Suosituksen mukaan hoitopäätökset ja hoitokeskustelujen sisältö tulee kirjata potilaskertomuksiin. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus 2012.)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja sillä tarkoitetaan aikaa, jolloin kuolema alkaa lähestyä. Saattohoidon ajallisten rajojen asettaminen on vaihtelevaa riippuen niiden asettajasta ja luokittelusta. Kuolevan potilaan luokittelu on yksilöllistä ja riippuu mm. sairauden etenemisestä, yksilöllisestä ennusteesta ja hoitotoimenpiteistä. (Hänninen 2004, 312.)

Saattohoito sisältää hoitotoimenpiteiden lisäksi eksistentiaalisen ulottuvuuden. Tällä tarkoitetaan läsnäoloa, kuolevan saattoa matkalle, kotiin tai portille, jolta ei ole paluuta. Koska jokaisen elämä on yksilöllinen, myös kuoleman pitäisi olla jokaiselle omannäköinen. Kun potilasta hoidetaan hyvin, ihminen voi löytää uutta sisältöä elämälleen kuolemaan valmistautuessa. (Orilahti 2013.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ohjeistuksen mukaan saattohoidossa sairauden kannalta aktiiviset tutkimukset ja hoidot lopetetaan, elleivät ne ole osa potilaan oireita lievittävää hoitoa. Saattohoidon päämääränä on mahdollisimman hyvä ja oireeton kuolema, ei elämän pidentäminen. Saattohoitopäätös tehdään yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa sekä lääkärin kanssa. Omaisten osallistuminen päätöksentekoon mahdollistetaan. Päätös kirjataan potilastietoihin. Saattohoito sisältää yksilöllisesti suunnitellun ja toteutetun oireiden hoidon sekä läheisten tukemisen ja huomioimisen. Eettisinä arvoina pidetään ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden toteutumista. (Saattohoidon järjestäminen KSSHP:ssä 2014.)

Tyypillisimpiä palliatiivista hoitoa vaativia sairauksia ovat loppuvaiheen syövän lisäksi keuhkohtaumatauti, dementia, sydämen vajaatoiminta, munuaisten ja maksan sairaudet, multippleiskleroositauti (MS), amyotrofinen lateraaliskleroositauti (ALS) sekä neuromuskulaariset sairaudet. Oireenmukainen hoito sisältää sairauden oireiden lievittämisen lisäksi psykososiaalisen ja henkisen tuen antamisen potilaalle ja hänen läheisilleen. Oireenmukaiseen hoitoon voi kuulua myös aktiivisia tukihoitoja kuten kirurginen askiteksen poisto. (Vainio, Hietanen, Pitkälä & Moilanen 2004, 16 - 32.)



## 2.2 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytila ja tulevaisuus

The Economist Intelligence Unit on julkaissut vuonna 2010 raportin tutkimuksesta ”The quality of death: Ranking end-of-life care across the world”. Tutkimuksessa lisättiin 40 maata ja tutkimusindekseinä käytettiin loppuvaiheen elämän hoitoympäristöä, laatua, saatavuutta ja kustannuksia. Tutkimuksen mukaan laadukkainta loppuvaiheen hoitoa annettiin Iso-Britanniassa ja Australiassa. Suomi oli kokonaistilastossa vasta sijalla 28. Suomen sijoitus oli kustannusten osalta 30., hoitoympäristön osalta 18., laadun osalta 25. ja saatavuuden osalta 32. (Economist Intelligence Unit 2010.)

Palliatiivisen ja saattohoidon nykytilaa, tulevaisuutta ja haasteita on selvitetty Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n, Fioca Oy:n ja Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry:n julkaisussa ”Palliatiivisen- ja saattohoidon nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet” vuodelta 2014. Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla palliatiivisen ja saattohoidon ammattilaisia Hyvinkään, Kotkan, Kuopion, Lapinlahden, Rauman, Rovaniemen, Salon, Tampereen ja Turun alueelta. Tehtyjen kehittämistehtävien sekä haastattelutulosten perusteella kävi ilmi, että palliatiivinen ja saattohoito vaativat kehittämistä kaikilla osa-alueilla: koulutus, palveluketjut, saattohoitopaikat, resurssit, saattohoitolinjaukset, potilaan ja läheisten tuki, viestintä ja yhteistyö. Saattohoitopäätöksiä tehdään liian vähän ja hoitotahdon käsite ei ole tunnettua. Hoitotahto (2015) on Valviran mukaan potilaan tahdon ilmaiseva asiakirja, ns. elämänlaatutestamentti, jonka potilas voi halutessaan muuttaa tai perua. Palliatiivisen ja saattohoitopotilaan kivunhoito ja kivunhoidon ohjeistukset vaativat kehittämistä. Hoitohenkilökunnan perehdytykseen ja erityiskoulutuksiin tulisi lisätä resursseja sekä varmistaa sairaanhoitajien osallistuminen palveluketjujen ja prosessien suunnitteluun. Johtopäätöksissä todetaan, että omaisten ja läheisten tukeminen ja heidän osallistumisensa hoitoon on riittämätöntä. Kasvavana haasteena nähdään hengellisen tuen järjestäminen. Saattohoitoympäristö ei täytä saattohoidon laatuvaatimuksia. (Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet 2014.)

Suomessa on toteutettu jonkin verran alueellisia kehittämishankkeita. Paletti – Palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa – hankkeen tuloksena kehitettiin 1.4.2013 – 31.3.2015 maakunnallinen palliatiivisen- ja saattohoidon toimintamallikokonaisuus. Toimintamallikokonaisuuteen sisältyvät Karelia-ammattikorkeakoulun ja Pohjois-Karjalan kuntayhtymän yhteinen perusopintopaketti; Pohjois-Karjalan kuntayhtymän, Karelia-ammattikorkeakoulun ja Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän yhteinen palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistamisen täydennyskoulutusmalli ja hyvän saattohoitoympäristön kuvaus ja visuaalinen mallinnus; maakunnallinen moniammatillinen palliatiivisen- ja saattohoidon verkostotoimintamalli; saattohoitopolku-portaali PKSSK:n tietojärjestelmään sekä selvitys ensihoidon toimintamahdollisuuksista kaupunkikeskusten ulkopuolisessa kotisaattohoidon toteutuksessa. (Palliatiivinen hoito Pohjois-Karjalassa – Inhimillisesti potilaan parhaaksi 2015, 9-81.)

Saattohoitoa tultaneen jatkossa keskittämään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon osastoille. Terveyskeskusten läheinen sijainti parantaa kotisairaanhoidon ja osastohoidon yhteistyötä sekä helpottaa potilaan siirtymistä kotiasutopaikalle. Ympäristötekijät, kuten suuret potilashuoneet tai levottomat ja häiriötä aiheuttavat potilaat, voivat heikentää palliatiivisen ja saattohoidon toteutumista. Toivottavaa olisi järjestää yhden hengen huone saattohoitopotilasta ja hänen läheisiään varten. (Hinkka, 2004, 323–325.)

## **2.3 Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevia lakeja, asetuksia ja suosituksia**

Saattohoitoa toteutetaan sairaanhoitopiireissä, terveyskeskusten vuodeosastoilla, palvelu-, tuki- ja hoivayksiköissä sekä potilaan kotona. Hoitotyötä ohjaavat erilaiset lait, asetukset ja suositukset. Suomen perustuslain (1999/731) mukaan jokainen ihminen on tasavertainen lain edessä ja jokaisen ihmisarvoa on kunnioitettava. Jokai-

sella tulee olla oikeus elämään, koskemattomuuteen ja henkilökohtaiseen vapauteen. Tämän lain toteutumisen esteenä ei saa olla esimerkiksi ihmisen terveydentila tai uskonto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittelee, että potilaalla on oikeus saada laadukasta, ihmisarvoa ja yksityisyyttä kunnioittavaa terveyden- ja sairaanhoitoa ja että potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Lakiin sisältyy oikeus saada tietoa omasta terveydestä, hoitovaihtoehtoista ja hoidon merkityksestä sekä laatia tarvittaessa terveyden- ja sairaanhoitoa koskeva suunnitelma yhteismääräyksessä potilaan, hänen omaisensa, läheisensä tai laillisen edustajansa kanssa.

Muita saattohoitoon sovellettavia lakeja ovat kansanterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki, laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista, laki edunvalvontavaltuutuksesta, laki kuolemansyyn selvittämisestä ja sosiaalihuoltolaki. Saattohoitoon voidaan soveltaa sosiaali- ja terveysministeriön asetusta potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä, asetusta kuolemansyyn selvittämisestä ja sosiaali- ja terveysministeriön asetusta kuoleman toteamisesta.

Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys, EAPC on kirjannut minimikriteerit palliatiivisen hoidon potilaspaikoista, henkilökunnan koulutuksesta ja resursseista. Saattohoitovuodepaikkoja tulisi olla 80 – 100 paikkaa miljoonaa asukasta kohden. Henkilökunnan vähimmäistarve on laskettu 1,2 hoitajaa ja 0,15 lääkäriä yhtä vuodepaikka kohden. Myös muun henkilökunnan tarvetta on määriteltä. Henkilökunnan tulee olla erityiskoulutettua ja vuodepaikkojen saattohoitoon soveltuvia. Jokaisella saattohoitoa toteuttavalla yksiköllä tulee olla valmiudet tunnistaa lähestyvä kuolema ja saattohoitomahdollisuudet. Yksikön tulee tehdä ja toteuttaa potilaan saattohoitosuunnitelma. (EAPC 2015.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, ETENE on seurannut saattohoidon kehitystä vuodesta 2001 lähtien. Kyselytutkimuksia on tehty vuosina 2001, 2009 ja 2012. Vuoden 2001 kysely tehtiin sairaanhoitopiireille ja terveyskeskuksille ja siinä selvisi, että saattohoidon käytännöt olivat vaihtelevia ja hoito-ohjeistuksille oli tarvetta. Tutkimuksesta kävi ilmi, että saattohoidon laatua parantavat

paikallisesti laaditut ohjeet. Tämän seurauksena ETENE kirjasi saattohoidon suositukset vuonna 2003. Vuonna 2009 tehtiin kysely sairaanhoitopiireille ja suurille kaupungeille ja näiden asiantuntijalausuntojen pohjalta sosiaali- ja terveysministeriö tuotti julkaisun ”Hyvä saattohoito Suomessa” – suositukset (2010:6). ETENE uudisti vuoden 2009 kyselyn vuonna 2012. Siinä kartoitettiin saattohoidon saatavuutta. Tutkimuksen mukaan Suomessa kuolee vuosittain lähes 50 000 ihmistä. Saattohoitoon tarkoitettuja potilaspaikkoja tarvitaan arvioilta yhteensä yli 500, kun niitä tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella oli runsaat 300. (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 – Suunnitelmat ja toteutus. 2012.)

Vuosien 2001–2012 seurantajakson aikana saattohoitosuunnitelmat ovat kehittyneet paikallisista, yksikkö- ja osastokohtaisista suunnitelmista käsittämään sairaanhoitopiirejä. Saattohoidossa korostuvat potilaan kivun ja oireen mukainen hoito ja se nähdään hoitopolkuna/-ketjuna, jossa tehdään moniammatillista yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Kotisaattohoidon järjestäminen, alueelliset kehittämishankkeet ja ammattihenkilöstön saattohoidon erikoistumiskoulutus ovat lisääntyneet eri puolilla Suomea. Saatujen tulosten perusteella saattohoidon kehittämistä ja alueellista yhtenäistämistä tulee jatkaa, jotta voidaan varmistaa väestön yhdenvertaisuus ja tasa-arvo. Saattohoidon kehittämiskohteita ovat saattohoitoneuvottelut, hoitotahdon toteutuminen, saattohoidon käytännön järjestelyt, hoitohenkilöstön koulutus, työnohjaus ja saattohoidon palautejärjestelmä. (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 – Suunnitelmat ja toteutus. 2012.)

Sosiaali- ja terveysministeri, STM on antanut vuonna 2010 suosituksen saattohoidon järjestämiseksi. Hyvä saattohoito Suomessa – suosituksen mukaan jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään ja yksilölliseen saattohoitoon. Sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten tulee yhdenvertaistaa ja järjestää saattohoitopotilaiden hyvä hoito. Tavoitteena on, että saattohoitopalvelut voitaisiin tarjota potilaalle siellä, missä hän elää. Perusterveydenhuollon tulisi hoitaa potilaat, jotka eivät tarvitse erikoissairaanhoidon osaamista. Perusterveydenhuollolla tulisi olla mahdollisuus erikoissairaanhoidon konsultaatioon. Suosituksissa huomioidaan omaisten ja läheisten osallistuminen hoitoon potilaan toivomalla tavalla. Terveystenhuollon koulutusta tulisi suunnata palliatiivisen

hoitotyön perus- ja erikoisosaamiseen. Kotisairaala ja kotisairaanhoidoa tulisi kehittää niin, että saattohoidon järjestäminen potilaan kotona olisi hänen tarpeitaan vastaava ja tarkoituksenmukaista. Saattohoitoa järjestävien tahojen tulee varmistaa saattohoitoa saavan potilaan hoitopolun hyvä laatu, sujuvuus ja jatkuvuus. Kustannusten huomioiminen saattohoitoketjujen suunnittelussa on tärkeää. Elämän lopun hoidon kuluista suurin osa, 2/3 - 3/4 koostuu sairaalahoidosta. Saattohoitopotilaan ohjaaminen oikeaan hoitopaikkaan oikea-aikaisesti voi tuoda jopa säästöjä. (Hyvä saattohoito Suomessa – asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset 2010.)

Laadukkaassa saatto- ja palliatiivisessa hoidossa tavoitteena on, että potilaan jäljellä oleva elämä on mahdollisimman hyvää, kivutonta ja oireetonta ja potilaan olon helpottamiseksi tehdään kaikki voitava konsultoiden tarvittaessa palliatiiviseen ja saattohoitoon erikoistuneita tahoja. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviraan tulleet kantelut koskevat usein vähäistä tiedon saantia, yhteisten hoitoneuvottelujen puuttumista, potilaan heikkoa kivunhoitoa. (Saattohoito 2015.)

Hyvä, laadukas hoito on jokaiselle potilaalle henkilökohtainen, subjektiivinen käsite ja se vaihtelee (Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio 2003, 7-8.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on valmistanut palliatiivisen hoidon kolmiportaisen mallin (taulukko 1). Mallin mukaan palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa toteuttavat terveydenhuollon yksiköt jaetaan eri tasoihin. Taso A kuvaa kaikkia perustason saattohoidosta vastaavia terveydenhuollon yksiköitä, joiden henkilökuntaan kuuluu terveydenhuollon perustason ammattihenkilöt. Taso B kuvaa kotisairaaloita tukiosastoineen ja saattohoito-osastoineen/-paikkoineen, joiden henkilökuntavaateena moniammatillinen työryhmä, vähintään lääkäri ja sairaanhoitaja, ympärivuorokautinen saavutettavuus sekä perustason koulutuksen lisäksi palliatiivisen hoidon/lääketieteen koulutusta. Taso C käsittää yliopisto- ja keskussairaaloiden palliatiiviset yksiköt ja saattohoitokodit, jotka tarjoavat vaativan tason hoitoa ja koulutusta. Henkilökunta on moniammatillista, lääkäri, sairaanhoitaja ja erityistyöntekijöitä ja

hoidon saavutettavuus ympärivuorokautista. Henkilökunnassa tulee olla palliatiivisen hoidon/lääketieteen pätevyyden omaavia työntekijöitä. (Hyvä saattohoito Suomessa – asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset 2010.)

**TAULUKKO 1. Palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli, mukailtu STM:n raportti (2010:6)**

	<b>TASO A</b>	<b>TASO B</b>	<b>TASO C</b>
<b>KUVAUS</b>	Kaikki terveydenhuollon yksiköt vastaavat perustason saattohoidosta	Alueelliset saattohoidon yksiköt toteuttavat saattohoitoa ja toimivat alueellisin konsultoivina yksiköinä	Yliopisto- ja keskussairaaloiden palliatiiviset yksiköt ja saattohoitokodit tarjoavat vaativan tason hoitoa ja koulutusta
<b>YKSIKÖT</b>	Kaikki terveydenhuollon yksiköt	Kotisairaalat tukiosastoineen ja saattohoito-osastot/-paikat	Yliopisto- ja keskussairaaloiden palliatiiviset yksiköt ja saattohoitokodit
<b>HENKILÖKUNTA</b>	Terveydenhuollon ammattihenkilöt	Moniammatillinen työryhmä (vähintään lääkäri ja sairaanhoitaja), saavutettavuus 24/7	Moniammatillinen työryhmä (lääkäri, sairaanhoitaja ja erityistyöntekijöitä), saavutettavuus 24/7
<b>KOULUTUS</b>	Perustason koulutus	Perustason koulutuksen jälkeistä palliatiivisen hoidon/lääketieteen koulutusta	Palliatiivisen hoidon/lääketieteen pätevyys

Sosiaali- ja terveysministeriö on määrittänyt saattohoidon organisaatiot erikokoisiin terveyskeskuksiin (taulukko 2). Pienissä terveyskeskuksissa (asukkaita alueella alle 10 000) arvioidaan saattohoidon tarve olevan 10 – 20 potilasta vuodessa. Henkilöstö-

resursseiksi mitoitetaan vastuuhoitaja, kotihoito, tukiosasto ja yhteistyö terveyskeskusten kanssa. Koulutustasovaatimus on kolmiportaisen mallin tason A mukainen. Keskikokoisissa terveyskeskuksissa (asukkaita alueella 10 – 50 000 asukasta) arvioidaan saattohoidon tarpeen olevan 20 – 50 potilasta vuodessa. Resurssimitoituksen suositus on osa-aikainen vastuulääkäri, kokopäiväinen vastuuhoitaja/koordinoiva hoitaja, kotisaattohoitoryhmä/kotisairaala ja tukiosasto. Koulutusvaatimus on kolmiportaisen mallin tason B-C mukainen. Suurissa terveyskeskuksissa (asukkaita alueella yli 50 000) arvioidaan saattohoitotarpeeksi 60 – 200 potilasta vuodessa. Henkilöstössä tulisi olla kokopäiväinen lääkäri, useita hoitajia ja erityistyöntekijöitä. Lisäksi tulisi löytyä palliatiivisen hoidon yksikkö/poliklinikka, kotisaattohoitoyksikkö sekä saattohoito-osasto. Koulutustason tulisi olla mallin C mukainen. (Hyvä saattohoito Suomessa – asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset 2010.)

**TAULUKKO 2. Saattohoidon organisaatio erikokoisissa terveyskeskuksissa, mukailtu STM:n raportti (2010:6)**

	SAATTOHOIDON TARVE/VUOSI	RESURSSIT	KOULUTUS- TASO
<b>PIENET TERVEYS- KESKUKSET &lt; 10 000 ASUKASTA</b>	10 – 20 potilasta	Vastuuhoitaja, kotihoito, tukiosasto, yhteistyö terveyskeskusten kanssa	A
<b>KESKIKOKOISET TERVEYSKESKUKSET 10 – 50 000 ASUKASTA</b>	20 – 50 potilasta	Osa-aikainen vastuulääkäri ja kokopäiväinen vastuuhoitaja/koordinoiva hoitaja, kotisaattohoitoryhmä/kotisairaala, tukiosasto	B – C
<b>SUURET TERVEYS- KESKUKSET &gt; 50 000 ASUKASTA</b>	60 – 200 potilasta	Kokopäiväinen lääkäri ja useita hoitajia ja erityistyöntekijöitä, palliatiivisen hoidon yksikkö/poliklinikka, kotisaattohoitoyksikkö, saattohoito-osasto	C

### **3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET**

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää kyselytutkimuksella palliatiivisen ja saattohoidon tilannetta Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaaloiden osastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa saattohoidon ja palliatiivisen hoidon laadusta, saatavuudesta ja kehittämistarpeista Keski-Suomen terveyskeskussairaaloiden osastoilla. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan käyttää Keski-Suomen alueen saattohoidon ja palliatiivisen hoidon kehittämisessä. Yhteiskunnallisesti tutkimus pyrkii herättämään keskustelua saattohoidon ja palliatiivisen hoidon nykytilasta ja kehittämistarpeista.

### **4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

#### **4.1 Tutkimusmenetelmä**

Tieteellinen tutkimuksen menetelmäsuuntauksena laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus pyrkii kokonaisvaltaisesti ymmärtämään tutkittavan kohteen laatua, merkitystä ja ominaisuuksia. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus keskittyy kohteen kuvaamiseen numeerisin tuloksin. Tutkittavia ilmiöitä luokitellaan ja vertaillaan erilaisilla laskennallisilla ja tilastollisilla analyysimenetelmillä. Molempia tutkimusmenetelmiä voidaan käyttää samassa tutkimuksessa selittämään samoja tutkimuskohteita eri tavoin. (Tutkimusstrategiat 2015.)

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistelmä. Strukturoiduilla eli ennalta tarkkaan laadituilla kysymyksillä haluttiin kartoittaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon saatavuutta ja laatua, avoimilla kysymyksillä kehittämistarpeita ja -toiveita Keski-Suomen alueen terveyskeskusten osastoilla. Molempia menetelmiä käyttämällä tutkimuksesta saatiin kattavampi ja monipuolisempi.

Jotta tutkimuksesta saataisiin kattava kuva, tutkittavan kohderyhmän tulisi olla mahdollisimman laaja (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157). Kyselytutkimuksen koh-



teiksi valittiin näin ollen kaikki Keski-Suomen alueen 19 terveystieteidenkeskussairaalaosastoa. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää saattohoidon ja palliatiivisen hoidon kehittämisessä alueella.

## 4.2 Aineiston keruu ja analysointi

Syyskuussa 2014 opinnäytetyön tekijät osallistuivat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin järjestämään ”Saattohoito nyt ja tulevaisuudessa” -koulutukseen. Koulutuksen jälkeen otettiin yhteyttä erikoislääkäri Maarit Orilahteen, joka ehdotti tutkimusta Keski-Suomen alueen saattohoidon ja palliatiivisen hoidon tilanteesta. Lokakuun lopussa järjestettiin palaveri Maarit Orilahden kanssa, jossa keskusteltiin tarkemmin tutkimusmenetelmästä ja sen toteutuksesta. Koska Keski-Suomen perusterveydenhuollon saattohoidon ja palliatiivisen hoidon tilannetta ei ollut kartoitettu, kyselytutkimus rajattiin koskemaan terveystieteidenkeskussairaaloiden osastoja, joita Keski-Suomen alueella on 19 kappaletta.

Tammikuun 2015 alussa otettiin yhteyttä Pohjois-Karjalan Paletti-hankkeen projektipäällikköön Henna Mylleriin lisätietojen saamiseksi kyseisestä hankkeesta. Projektissa oli tehty kyselytutkimukset palliatiivisen- ja saattohoidon toteutumisesta ja kehittämisestä Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella. Paletti-hankkeen kyselylomakkeiden hyödyntämiseen saatiin lupa projektipäällikkö Mylleriltä, joten Pohjois-Karjalassa testattuja kyselylomakkeita muokattiin sopimaan Keski-Suomen terveystieteidenkeskusten osastoille sopiviksi kyselylomakkeiksi. Opinnäytetyöntekijät osallistuivat Joensuussa 10.2.2015 Paletti-hankkeen loppuseminaariin, josta saatu tieto oli hyödyllistä opinnäytetyön teossa. (Myller 2015.)

Tutkimuslupia varten opinnäytetyön tekijät olivat yhteydessä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin asiantuntijalääkäri Anneli Kuusiseen. Hänen selvityksensä mukaan tutkimukseen riittivät kuntayhtymien lupapäätökset. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella toimii terveystieteidenkeskusta viidessä eri kuntayhtymässä. Luvanantajien yhteystiedot

selvitettiin puhelimitse, jotta tutkimuslupahakemukset voitiin osoittaa asiasta päättävälle henkilölle. Tutkimuslupahakemukset postitettiin 24.2.2015 ja vastauksia pyydettiin 4.3.2015 mennessä. Tutkimusluvat myönnettiin kaikista viidestä kuntayhtymästä. Kyselytutkimuslomakkeita lähetettiin yhteensä 19 terveyskeskusosastolle Wepropol-ohjelmiston kautta (liite 1). Vastausaikaa kyselyyn vastaamiseen annettiin 22.3.2015 asti, jonka jälkeen lähetettiin yksi muistutusviesti kyselystä niille, jotka eivät olleet vielä vastanneet. Lähetettyihin 19 kyselyyn saatiin 2.4.2015 mennessä 12 vastausta.

Tutkimusaineistoja analysoitiin kerätyn aineiston luonteesta riippuen kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tiedon analysoinnin menetelmin. Kvantitatiivista eli määrällistä tietoa analysoitiin numeraalisesti ja tilastollisesti. Avoimiin kysymyksiin vastaajat saivat vastata vapaamuotoisesti, jolloin esille tuli vastaajan subjektiivinen näkemys. Tätä laadullista eli kvalitatiivista aineistoa analysoitiin sisällönanalyysin avulla, jolloin aineistosta erotettiin samanlaisuudet ja poikkeavuudet. (Tiedon analysointi 2015.)

### **4.3 Tutkimuksen eettisyys, laadukkuus ja luotettavuus**

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkijat ovat ulkopuolisia tutkijoita (Hallamaa, Launis, Lötjönen & Sorvali 2006, 136). Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut kyselytutkimuksen tekovaiheessa sidonnaisuuksia, jotka olisivat voineet vaikuttaa tutkimuksen toteutumiseen tai tuloksiin. Aluksi varmistettiin tahot, joilta tutkimusluvat haettiin. Lupahakemuksessa ja kyselylomakkeessa (liite 1) kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista, toteutuksesta sekä aineiston käytöstä, jolloin tutkimukseen osallistuva sai riittävästi tietoa ja voi arvioida halukkuutensa osallistua tutkimukseen.

Kyselylomakkeen pohjana olivat Paletti-hankkeen kyselylomakkeet, joiden toimivuutta oli testattu ja hyväksi havaittu Pohjois-Karjalassa. Paletti-hankkeen kyselylomakkeista muokattiin tähän tutkimukseen sopiva kyselytutkimuslomake (liite 1). Kyselykaavake muotoiltiin ulkoasultaan selkeäksi, helposti luettavaksi ja riittävän lyhyeksi, sillä tutkimuksen luotettavuus heikkenee, jos vastaajalta menee runsaasti aikaa tai vastaaja väsyä vastatessaan kyselyyn. Kysymykset muokattiin huolellisesti, jotta

tutkimuksella saataisiin selville olennainen tieto ja välttyttäisiin virheellisiltä tulkinnoilta. Kyselylomakkeen kysymykset muotoiltiin koskemaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatua, saatavuutta ja kehittämistarpeita Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaaloiden osastoilla. Tutkimuskysymykset olivat perusteltuja eikä aineiston keräämisestä aiheutunut vahinkoa tai haittaa kohderyhmälle. Kyselykaavake toimii laadukkaana tutkimusmenetelmänä, koska tutkijat eivät voi viestinnällään vaikuttaa vastauksiin. (Aaltola & Valli 2001, 100–103.)

Kyselylomakkeet (ks. liite 1), lähetettiin verkon kautta Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaaloiden osastoille tutkimuslupien jälkeen. Kyselylomakkeet laadittiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun käyttämän Webropol-ohjelmiston kautta. Vastausta kyselyyn pyydettiin osaston lääkäriltä ja osastonhoitajalta yhdessä. Saatu aineisto suojattiin käyttäjätunnuksin ja salasanoin Webropol-kansiossa, joten pääsy tietoihin pysyi kyselyn laatijoilla. (Webropol-kyselyohjelmisto n.d.)

Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselytutkimus lähetettiin kaikille Keski-Suomen alueen terveyskeskusosastoille, että tutkittavasta ryhmästä saataisiin kokonaiskuva. Vastausprosentti oli 63 %. Tutkimusaineisto käsiteltiin ja arkistoitin nimettömänä ja yksityisyyttä kunnioittaen. Kerätty aineisto hävitettiin aineiston analysoinnin jälkeen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 115.)

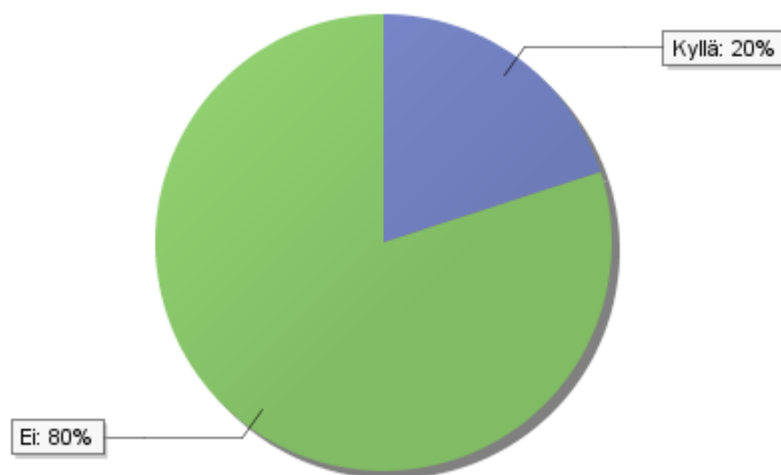
## **5 KYSELYTUTKIMUKSEN TULOKSET**

### **5.1 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutus osastoilla**

Kyselylomakkeen kysymykset 1 – 6 koskivat palliatiivisen ja saattohoidon toteutusta osastoilla. Kysymyksiin 1 - 3 tuli 12 vastausta, joista ilmeni kaikkien osastojen toteuttavan saattohoitoa ja tekevän hoitolinjauksen potilaalle, jolla on pitkälle edennyt tai parantumaton sairaus. Kahdestatoista vastaajasta yksitoista kertoi, että hoitolinjaus kirjataan potilastietojärjestelmään. Kuntayhtymissä käytetään eri tietojärjes-

telmiä ja tietojärjestelmien sisällä hoitolinjauksia kirjataan eri lehdille. Efficapotilastietojärjestelmässä hoitolinjakirjauksia tehdään YLE-, TIIVISTELMÄ –, RISKITIEDOT- ja WHOIKE-lehdelle joko pelkästään yhdelle tai useammalle lehdelle yhdessä, Mediatri-potilastietojärjestelmässä sekä lääkärin että hoitajan teksteihin ja Pegasos-potilastietojärjestelmässä sekä YLE-lehdelle että huomioitaviin tietoihin. Yksi vastaaja kertoi lääkärin joskus kirjaavan linjauksen decursukseen ja linjauksen toteutuvan vain osittain.

Kysymyksessä 6 selvitettiin ICD-koodien Z51.5 Palliatiivinen tai Z51.5 Saattohoito käyttöä sairauskertomuksessa. Kahdestatoista vastaajasta kymmenen vastasi tähän kysymykseen. Vastaajista kaksi ilmaisi osastolla käytettävän kyseisiä koodeja ja kahdeksan ilmaisi, ettei niitä käytetä.



**KUVIO 1.** ICD-koodien käyttö sairauskertomuksessa

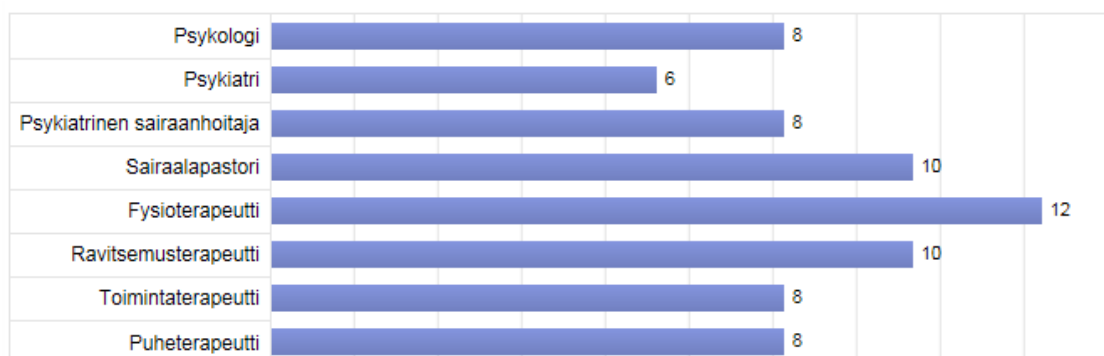
Kysymyksessä 7 tiedusteltiin, onko osaston saattohoidon ABC-asiakkuustaso määritetty Sosiaali- ja terveysministeriön suositusten mukaan (taulukko 1). Yhdestätoista vastauksesta viisi terveyskeskusosastoa määritteli asiakkuustasonsa. Kysymyksessä 8 pyydettiin määrittelemään osaston ABC-asiakkuustaso (taulukko 2). Tähän kysymykseen vastasi kahdeksan osastoa, joista kuusi luokitteli asiakkuustasonsa tasolle A ja kaksi tasolle B. Kukaan vastaajista ei määritellyt C-asiakkuustasoa.

## 5.2 Henkilökunnan koulutus, ammattitaito ja resurssit osastoilla

Henkilökunnan koulutusta, ammattitaitoa ja osaston resursseja koskivat kysymykset 9 – 15 ja 18 – 20. Viimeisen vuoden aikana palliatiivisen ja saattohoidon koulutusta oli saanut kyselyyn vastanneista osastoista kahdella osastolla yksi työntekijä, neljällä osastolla kaksi työntekijää, kolmella osastolla kolme työntekijää ja yhdellä osastolla neljä työntekijää. Palliatiivisen- ja saattohoidon erikoiskoulutuksen saanut lääkäri löytyi yhdeltä kyselyyn vastanneesta 12 osastosta.

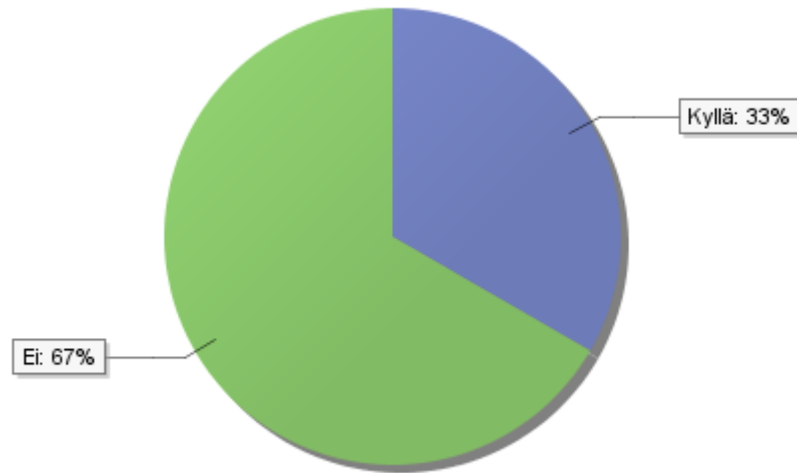
Palliatiivisen-/saattohoidon lisäkoulutusta saaneita hoitajia löytyi kuudelta osastolta kahdestatoista. Kivunhoidon lisäkoulutuksen saaneita hoitajia löytyi viidestä osastosta kahdestatoista vastanneesta osastosta. Seitsemällä osastolla ei kivunhoidon saanutta lisäkoulutettua henkilöä ollut.

Moniammatillisuutta selvitettiin kysymällä osastoilla käytettävissä olevista eri ammattiryhmien edustajista. Kaikilla kahdellatoista vastanneella osastolla oli käytettävissä fysioterapeutti. Ravitsemusterapeutti ja sairaalapastori löytyivät kymmeneltä osastolta. Psykologi, psykiatrinen sairaanhoitaja, toimintaterapeutti ja puheterapeutti olivat käytettävissä kahdeksalla osastolla. Kuudella osastolla oli lisäksi käytettävissä psykiatri.



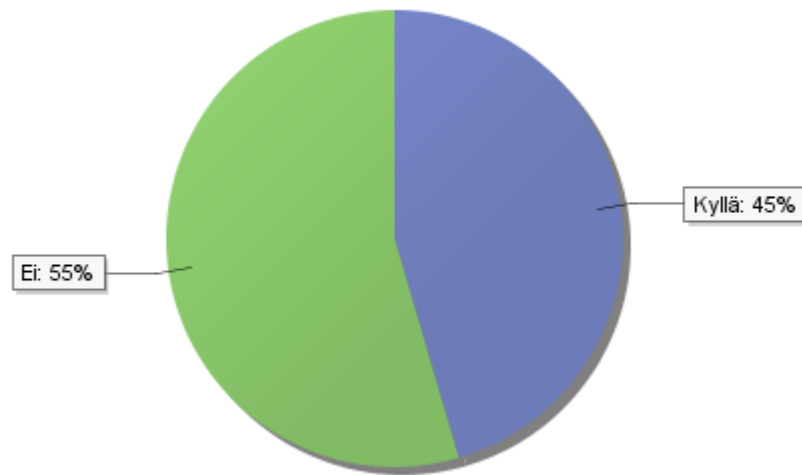
KUVIO 2. Osastolla käytettävissä oleva muu henkilökunta

Tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstöresursseja potilaan vaativassa saattohoitotilanteessa lisättiin neljällä osastolla kahdestatoista vastaajasta. Kahdeksalta osastolta vastattiin, ettei henkilökunnan määrää lisätä vastaavassa tilanteessa.



**KUVIO 3. Hoitohenkilöstöresurssien lisäys loppuvaiheen vaativassa saattohoidossa**

Yhdestätoista osastosta viisi vastasi, että palliatiivisen ja saattohoidon työntekijöillä oli ollut mahdollisuus työnohjaukseen viimeisen vuoden aikana. Kuusi osastoista ilmoitti, ettei työnohjausta ollut ollut menneen vuoden aikana. Saattohoidon toteutusvaiheessa osastoista kahdeksan ilmoitti tarvittaessa konsultoivansa jotakin muuta terveydenhuollon toimintatahoa. Neljä kahdestatoista vastanneesta ilmaisi, ettei konsultointia tehdä.



**KUVIO 4. Palliatiivista-/saattohoitotyötä tekevien osallistuminen työnohjaukseen viimeisen vuoden aikana**

Kaikki kaksitoista vastaajaa kertoivat saattohoitopotilaalla olevan mahdollisuus yhden hengen huoneeseen ja omaisten yöpymiseen osastolla.

### **5.3 Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa käytettävä oireiden hoito ja kivunhoito osastoilla**

Kysymyksillä 16 ja 17 selvitettiin potilaan oireiden hoitoa ja kivunhoitoa. Kahdestatoista vastaajasta kysymyksiin vastasi yksitoista. Yhdeksällä osastolla kerrottiin käytettävän saattohoitopotilaan oireiden hoidon arvioinnissa numeraalista tai kuvallista kipumittaria. Muita käytössä olevia arviointitapoja olivat havainnointi sekä keskustelut potilaan ja omaisten kanssa. Yhdeltä osastolta kerrottiin saattohoitopotilaan oirehoidon perustuvan hoitajan ja lääkärin suorittamaan kliiniseen arviointiin. Yhdeltä osastolta kerrottiin, ettei arvioinnissa käytetä mittareita, vaan oireiden hoito perustuu ”*silmillä ja korvilla seuraamiseen*”. Osastolla käytettävissä olevista kivunhoitomenetelmistä kysyttiin avoimella kysymyksellä. Kaikissa saaduissa vastauksissa mainittiin kipulääkitys kivunhoitomenetelmänä. Lähes kaikissa vastauksissa ilmoitettiin kivunhoidossa käytettävän kipupumppua ja muuta tukilääkitystä. Lähes kaikissa vastauksissa mainittiin asentohoito, apuvälineiden, painehaavapatjan, lämmi- tai kylmähoitojen käyttö saattohoitopotilaan oireiden hoidossa. Omaisten tuki, läsnäolo ja

keskustelu nähtiin merkittävänä potilaan oireiden- ja kivunhoidon menetelmänä. Vapaat vierailuajat, omaisten mahdollisuus yöpymiseen osastolla, hengellinen tuki, mielialan piristäminen toivomukset huomioon ottamalla ja musiikki mainittiin oireiden hoidon menetelminä. Kaksi vastaajista kertoi, että osastolla käytetään aktiivisina kipuhuoltaina pleura- ja askitespunktioita sekä kipusädehoitoa.

## 5.4 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon haasteet ja toiveet osastoilla

Kysymykset 21 ja 22 esitettiin avoimina kysymyksinä koskien palliatiivisen- ja saattohoidon haasteita ja toiveita osastoilla. Kysymyksillä pyrittiin kartoittamaan palliatiivisen- ja saattohoidon tulevaisuuden kehittämiskohteita Keski-Suomen alueella. Kysymykseen, millaisia palliatiivisen- ja saattohoidon haasteita ja toiveita osastoilla on, saatiin yhdeksän vastausta. Haasteina koettiin lääkäreiden vaihtuvuus ja kokemattomuus, minkä vuoksi hoitopäätöksiä ei tehdä, hoitolinjaukset eivät ole yhtenäisiä tai ne jäävät kirjaamatta. Uuden tiedon päivittäminen saattohoitovaiheeseen liittyen nähtiin tarpeellisena.

Henkilöstöresurssit koettiin riittämättöminä, koska osastot ovat usein täynnä ja potilailla erilaisia sairauksia ja monenlaisia hoitoja. Henkilökunnan kokemaa kiireä ja ajanpuutetta potilaan hoidossa koettiin haasteena, johon myös työnohjauksella toivottiin voitavan vaikuttaa. Vastauksissa kerrottiin, *”ettei potilaan kokemaan yksinäisyyteen saattohoitovaiheessa osata vastata”*. Koettiin, että lisäresursseja henkilökuntaan saatiin vain erityisen vaativissa saattohoitotilanteissa.

Kivunhoito, kivunhoidon eteneminen ja sedaation käyttö koettiin haasteellisena. Päivystysaikana ongelmaksi nähtiin potilaan ahdistus, levottomuus, sekavuus ja ennakkoimattomat kipukohtaukset. Yhden hengen huoneita ei kaikissa tilanteissa ollut tarjota, jos osasto oli täynnä. Saattohoitoon suunnitellut tilat koettiin epäkäytännöllisinä. Omaisten kohtaaminen, *”se, kuka kertoo, mitä ja milloin”*, omaisen ja potilaan sekä omaisten keskinäiset erimielisyydet koettiin hoitotyön hyvän toteutumisen haasteina.



Vastauksista kävi ilmi säännöllisen ja monipuolisen toimipaikkakoulutuksen tarve. Sekä lääkkeellisestä että lääkkeettömästä kivunhoidosta toivottiin monipuolista koulutusta. Toivottiin lisäkoulutusta potilaan kokonaisvaltaisen tilanteen arviointiin, yhtenäisten hoitolinjausten määrittelyyn ja kirjaamiseen sekä akuuttitilanteiden arviointiin ja hoitamiseen. Koulutusta omaisten tukemiseen ja hengellisten tarpeiden huomioimiseen koettiin tarvittavan. Saattohoitokotia toivottiin alueelle.

## **6 POHDINTA**

### **6.1 Tutkimuksen johtopäätökset**

Kyselytutkimus oli ensimmäinen laatuaan Keski-Suomen alueella ja toi näin tärkeää tietoa saattohoidon ja palliatiivisen hoidon tilanteesta. Työn ideoinnissa, alkutilanteen kartoituksessa ja kyselytutkimuksen kohderyhmän selvittämisessä olivat mukana asiantuntijalääkärit. Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää kyselytutkimuksella palliatiivisen ja saattohoidon tilannetta Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaaloiden osastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa saattohoidon ja palliatiivisen hoidon laadusta, saatavuudesta ja kehittämistarpeista Keski-Suomen terveyskeskussairaaloiden osastoilla. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan käyttää Keski-Suomen alueen saattohoidon ja palliatiivisen hoidon kehittämisessä. Yhteiskunnallisesti tutkimus pyrkii herättämään keskustelua saattohoidon ja palliatiivisen hoidon nykytilasta ja kehittämistarpeista.

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada selville kehittämistarpeita, joita saattohoidon ja palliatiivisen hoidon tehtäväkentällä tällä hetkellä on. Hoitotyön laatu on laaja käsite, joka muodostuu potilaan hoitoon liittyvistä osatekijöistä ja hoitotyön toiminnoista siinä hoitoyksikössä, missä potilaan hoitoa kulloinkin toteutetaan. Hyvä, laadukas hoito on jokaiselle potilaalle henkilökohtainen, subjektiivinen käsite ja se vaihtelee (Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio 2003, 7-8.)

Laadukkaassa saatto- ja palliatiivisessa hoidossa tavoitteena on, että potilaan jäljellä oleva elämä on mahdollisimman hyvää, kivutonta ja oireetonta ja potilaan olon helpottamiseksi tehdään kaikki voitava konsultoiden tarvittaessa palliatiiviseen ja saattohoitoon erikoistuneita tahoja. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviraan tulleet kantelut koskevat usein vähäistä tiedon saantia, yhteisten hoitoneuvottelujen puuttumista, potilaan heikkoa kivunhoitoa. (Saattohoito 2015.)

Tutkimusvastausten perusteella saattohoitoa nähtiin toteutettavan ja hoitolinjauksen tehtävän kaikilla kyselyyn vastanneilla terveyskeskusosastoilla. Tästä voidaan päätellä, että palliatiivisen- ja saattohoidon tarve ulottuu koko maakunnan alueella. Jokaisella saattohoitoa toteuttavalla yksiköllä tulee olla valmiudet tunnistaa lähestyvä kuolema ja saattohoitomahdollisuudet sekä tehdä ja toteuttaa potilaan saattohoitosuunnitelma (EAPC 2015).

Käypä hoito – suosituksen mukaan hoitokeskustelujen sisältö ja päätökset tulee kirjata sairauskertomukseen. Liian myöhään tehty hoitolinjaus vaikeuttaa potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista, oireiden lievitystä sekä omaisten osallistumista ja valmistautumista lähestyvään kuolemaan. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus 2012.) Potilastietojärjestelmään hoitolinjaus kirjattiin kyselyvastausten mukaan 11 osastolla, yhdellä sitä ei kirjattu järjestelmään. Kyselyihin vastanneilla osastoilla oli käytössä kolmea erilaista potilastietojärjestelmää. Saman ohjelman sisällä hoitolinjauksia kirjattiin eri lomakkeille.

Palliatiivisen hoidon tai saattohoidon ICD-luokituksen teki kymmenestä vastaajasta kahdeksan. Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suosituksen mukaan (2012) saattohoidosta tulee tehdä selkeä hoitolinjaus, joka tulee merkitä sairauskertomukseen kokonaan ja tarkasti. Eri ohjelmistojen käyttäminen ja vaihtelevat kirjaimiskäytännöt voivat vaikeuttaa palliatiivisen- tai saattohoitopotilaan hoitoon ohjautumista ja hoidon tarpeen arviointia osastohoitoon tullessa ja siirtyessä eri osastojen välillä. Pohdittavaksi jäi, onko osaston hoitava henkilökunta tarkasti tietoinen, mihin hoitolinjaukset on kirjattu. ICD-luokituskoodin käyttämättä jättäminen voinee johtua

esimerkiksi puutteellisista kirjauskäytänteistä tai lääkäreiden vaihtuvuudesta. Luokituskoodin käyttäminen tuo näkyvyyttä tehdyille hoitopäätökselle ja yhtenäiset kirjaimiskäytänteet luotettavuutta potilaan hoitotyöhön. Selkeät ja yhtenäiset kirjaamiskäytänteet helpottavat potilaan hoidon tarpeen arviointia ja oikea-aikaisen ja laadukkaan hoidon toteutumista.

Sosiaali- ja terveysministeriön Hyvä saattohoito Suomessa – suositusten mukaan saattohoito tulee toteuttaa potilaan, omaisten ja moniammatillisen työryhmän yhteistyönä. Konsultaation ja muun avun saatavuus tulee varmistaa eri vuorokauden aikoina. Saattohoitoa toteuttavalle työryhmälle on tarjottava säännöllistä täydennyskoulutusta ja työnohjausta. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 31.) Viimeisen vuoden aikana palliatiivisen-/saattohoidon koulutukseen oli osallistunut yksi työntekijä kahdella osastolla, kaksi työntekijää neljällä osastolla, kolme työntekijää kolmella osastolla ja neljä työntekijää yhdellä osastolla. Vastauksia tuli kymmenen. Kyselystä puuttui vastausvaihtoehto 0 työntekijää. Täten epäselväksi jää, olisiko se ollut kahden kysymyksen ohittaneen vastaajan vastaus. Palliatiiviseen- ja saattohoitoon erikoiskoulutuksen saanut lääkäri toimi yhdellä kahdestatoista vastaajaosastosta. Sen sijaan palliatiivisen ja/tai saattohoidon lisäkoulutuksen omaava hoitaja löytyi puolella vastanneista osastoista. Kipuhoidon lisäkoulutuksen omaava hoitaja työskenteli viidellä osastolla kahdestatoista vastaajaosastosta. Pohdittavaksi jää, kuinka koulutuksiin osallistuneiden ja erikoiskoulutuksen omaavien työntekijöiden jakama koulutuspaikaste ja tieto välittyvät ja kuinka niitä osataan hyödyntää hoitotyössä osastoilla.

Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys, EAPC on kirjannut minimikriteerit henkilökunnan koulutuksesta ja resursseista. Henkilökunnan vähimmäistarve on laskettu 1,2 hoitajaa ja 0,15 lääkäriä yhtä vuodepaikka kohden. Henkilökunnan tulee olla erityiskoulutettua ja vuodepaikkojen saattohoitoon soveltuvia. (EAPC 2015.) Kyselytutkimuksen mukaan osastoilla oli käytettävissä moniammatillista henkilökuntaa. Moniammatillisen henkilöstön saatavuus oli hyvä, mutta sen hyödyntäminen ei käy kyselyssä selville. Hoitohenkilöstöresursseja ei lisätty loppuvaiheen vaativassa saattohoidossa kahdeksalla osastolla, vain neljällä niitä lisättiin. Kiire ja henkilöstöresurssien puute korostuivat myös avoimissa kysymyksissä. Henkilöstöresurssien lisääminen

saattohoitoon parantaa hoidon saatavuutta ja laatua. Henkilöstöresurssien lisääminen tulisi nähdä hoitotyön kehittämisen kulmakivenä. Konsultoivaan tahoon otettiin yhteyttä kahdeksalla kyselyyn vastanneella osastolla. Neljällä osastolla konsultoivaan tahoon ei otettu yhteyttä, mikä herättää puolestaan lisäkysymyksiä: Eikö konsultointiin ole tarvetta, eikö tiedetä mitä tahoa konsultoida vai estyykö konsultointi esimerkiksi puutteellisen informaation kulun vuoksi.

Käypä hoito – suosituksen mukaan kipu on yleinen oire monissa parantumattomissa sairauksissa. Hyvän hoidon perusedellytyksenä on kivun säännöllinen arviointi, kivun hoito riittävällä lääkityksellä ja muilla menetelmillä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus 2012.) Saattohoitopotilaan oirehoidon arvioinnissa suurimmalla osalla vastaajaosastoista oli käytössä numeraalinen tai kuvallinen kipumittari. Muina keinoina käytettiin havainnointia, keskusteluja potilaan ja omaisten kanssa. Yhdeltä osastolta vastattiin oirehoidon perustuvan *”pelkillä silmillä ja korvilla seuraamiseen”*, eikä käytössä ollut mittareita. Kaikissa saaduissa vastauksissa mainittiin kipulääkitys ja lähes kaikissa vastauksissa kipupumppu ja muu tukilääkitys kivunhoitomenetelminä. Muiksi oirehoidon menetelmiksi mainittiin asentohoito, apuvälineiden, painehaavapatjan, lämmi- tai kylmähoitojen käyttö. Omaisten tuki, läsnäolo ja keskustelu nähtiin merkittävänä potilaan oire- ja kivunhoidon menetelmänä. Vapaat vierailuajat, omaisten mahdollisuus yöpymiseen osastolla, hengellinen tuki, mielialan piristäminen toivomukset huomioon ottamalla ja musiikki mainittiin oireiden hoitokeinoina. Kaksi vastaajista kertoi, että osastolla käytetään aktiivisina kipuhoitoina pleura- ja askitespunktioita sekä kipusädehoitoa.

Saattohoitoon ja palliatiiviseen hoitoon annetussa Käypä hoito -suosituksessa (2012) korostetaan kivun- ja muiden oireiden arviointia ja hoitoa. Tuloksista kävi ilmi, että näistä asioista on perusterveydenhuollon osastoilla tietoa ja niihin pyritään panostamaan. Avoimissa kysymyksissä kävi kuitenkin ilmi, että kivunhoito, kivunhoidon eteneminen, sedaation käyttö sekä päivystysaikana potilaan ennakoimattomat kipukohaukset koettiin haasteellisina ja koulutustarvetta toivottiin sekä lääkkeellisestä että lääkkeettömästä kivunhoidosta.

Saattohoidossa olevalle potilaalle ja hänen läheisilleen olisi laadukasta järjestää yhden hengen huone (Hinkka 2004, 323–325). Saattohoitopotilaan hoidon laadun mittarina voidaan pitää hoitoympäristön yksityisyyttä ja omaisten mahdollisuutta olla kuolevan lähellä (Palliativisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämissaasteet 2014, 40–41). Kyselyn mukaan saattohoitopotilaalla oli mahdollisuus yhden hengen huoneeseen ja omaisten/läheisten oli mahdollista yöpyä osastolla kaikilla kahdellatoista vastaajaosastolla. Avoimissa kysymyksissä kävi kuitenkin ilmi, että yhden hengen saattohoituhuonetta ei ollut mahdollista antaa osaston potilaspaikkojen ollessa täynnä tai jos saattohoitopotilaita oli useita. Tilojen epäkäytännöllisyys ja potilaiden heterogeenisyys nähtiin laadukkaan saattohoidon toteutumisen esteeksi. Tämän perusteella voitaneen todeta, että hoitoympäristöä tulisi kehittää niin, että se mukautuu muuttuviin tilanteisiin. Ideaalina nähtiin alueelle oman saattohoitokodin perustaminen.

Viimeisen vuoden aikana palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon osallistuneista työntekijöistä alle puolet (5) oli osallistunut työnohjaukseen. Tämä yksittäinen, määrällinen kysymys ei anna vastausta siihen, oliko työnohjausta tarjottu. Vapaasti vastattavissa kysymyksissä ilmeni, että työntekijät tarvitsivat tukea ja osaamisen vahvistamista potilaan ja omaisten kohtaamiseen ja informointiin sekä potilaan yksinäisyyden ehkäisyyn ja hengellisiin tarpeisiin vastaamiseen. Kiire ja resurssien vähyys toistui useissa vastauksissa. Panostamalla tulevaisuudessa koulutukseen ja työnohjauksen eri muotoihin voitaisiin paremmin vastata edellä mainittuihin tarpeisiin ja haasteisiin.

Hyvä saattohoito Suomessa – saattohoitosuosituksissa (2010) todetaan, että Suomessa saattohoidon ja palliativisen hoidon koulutus vaihtelee oppilaitoksittain, opetus on vähäistä ja yhtenäiset valtakunnalliset toimintatavat ja käytännöt puuttuvat. Maakunnallista ja osastokohtaista koulutusta toivottiin erityisesti potilaan oireiden ja kivun arvioinnista ja hoidosta. Koulutusta haluttiin myös yhtenäisten hoitolinjausten määrittelystä ja kirjaamisesta.

Tutkimuksesta saatiin selville, että valtakunnalliset palliatiivista ja saattohoitoa koskevat suositukset ja ohjeet toteutuivat Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaloissa osittain. Hyvä saattohoito Suomessa – hoitosuosituksissa (2010, 30–31) korostetaan potilaan laadukasta, hyvää ja yhdenvertaista hoidon organisointia ja sen toteutumista. Tutkimuksesta selvisi, että potilaan akuutit voinnin muutokset, lääkäreiden vaihtuminen, suuret potilasmäärät ja potilaiden heterogeenisyys sekä tilojen epäkäytännöllisyys vaikeuttivat näiden suositusten toteutumista. Tiedon kulkua vaikeuttivat erilaiset kirjaamiskäytännöt ja se, että tiedonsiirto eri tietojärjestelmien välillä ei ollut mahdollista.

## **6.2 Jatkotutkimus- ja –toimenpide-ehdotuksia**

Maailmalla Suomi nähdään rikkaana hyvinvointivaltiona, jossa on laadukas terveys- ja sosiaalihuoltojärjestelmä. ”The quality of death: Ranking end-of-life care across the world” – tutkimus osoittaa, että Suomessa elämän loppuvaiheen hoito toteutuu huonosti tutkimusindikaattoreiden (saatavuus, laatu, kustannukset ja hoitoympäristö) mukaan. (Economist Intelligence Unit 2010.) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen laadun, saatavuuden ja erilaisten kehittämistarpeiden osalta nähtiin tärkeinä myös kyselytutkimuksen tuloksissa.

Kyselytutkimus tehtiin Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaaloiden osastoille ja siinä kartoitettiin karkeasti palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksittäisiä osa-alueita. Jatkotutkimuksilla voitaisiin selvittää kutakin osa-aluetta tarkemmin, esimerkiksi hoitoympäristöä ja sen merkitystä elämän loppuvaiheen hoitoon.

Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella henkilökuntaresursseja, koulutusta ja työnohjausta tulisi lisätä palliatiiviseen- ja saattohoitoon. Lisäresursseja tulisi olla saatavilla joustavasti ja juuri senhetkisen tarpeen mukaan. Moniammatillisuutta voitaisiin hyödyntää enemmän elämän loppuvaiheen hoidossa.

Tulevaisuudessa tulisi yhtenäistää ja kehittää palliatiivisen- ja saattohoidon perusopintoja, lisä- ja täydennyskoulutusta sekä järjestää erikoiskoulutusta palliatiiviseen- ja saattohoitoon Keski-Suomen alueella.

Vapaaehtoistyöntekijöiden toimintaa voitaisiin organisoida ja kehittää järjestelmällisesti alueella. Organisoitua vapaaehtoistyöntekijöiden toimintaa on kehitetty mm. Pirkanmaan Hoitokodissa, jossa työskentelee noin 100 vapaaehtoista lukuisissa potilaiden ja heidän läheistensä hyvinvointia edistävissä tehtävissä. (Pirkanmaan Hoitokoti 2015.)

Potilastietojärjestelmien ja kirjaamiskäytänteiden tulisi olla yhtenäisiä. Tämän toteutumiseksi tietojärjestelmien välinen tiedonsiirto tulisi olla mahdollista ja yhteisistä kirjaamiskäytännöistä tulisi sopia koko perusterveydenhuollon sisällä. Suomessa on otettu asteittain käyttöön valtakunnallinen Potilastiedon arkisto, jonka avulla terveydenhuollon potilastiedot ovat terveydenhuollon eri yksiköiden saatavilla potilaan suostumuksella (Kansallinen Terveysarkisto Kanta 2015). Pohdittiin, tuleeko sähköinen Potilastiedon arkiston käyttö helpottamaan ja parantamaan ajantasaisen hoitotietojen saatavuuden eri hoitotyön sektoreilla tulevaisuudessa.

### **6.3 Opinnäytetyöprosessin arviointia**

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikuttivat opinnäytetyön tekijöiden henkilökohtainen kiinnostus, näkemys ja kokemus käytännön hoitotyössä toteutuvasta saattohoidosta ja palliatiivisesta hoidosta. Opinnäytetyön tekijät havaitsivat palliatiivisen- ja saattohoidon toteutumisen haasteita käytännön hoitotyössä eri sosiaali- ja terveyspalvelujen sektoreilla. Valtakunnallisesti alueellisia eroja saattohoidon ja palliatiivisen hoidon toteutuksessa oli nähtävissä.

Hakusanoilla saattohoito ja palliatiivinen hoito löytyi paljon tietoa. Huomiota herätti, että kansainvälistä ja valtakunnallista tutkimustietoa löytyi, mutta aihetta on tutkittu Suomessa vielä vähän. Suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää ohjaavat lukuisat

palliativisen ja saattohoidon säädökset, suositukset ja ohjeet kuten Sosiaali ja terveysministeriön asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset (2010), Kuolevan potilaan oireiden hoito – Käypä hoito suositus (2012) ja Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ohjeistukset. Siitä, kuinka nämä lukuisat suositukset toteutuvat käytännön hoitotyössä, oli niukasti tutkittua tietoa.

Opinnäytetyön aikataulutuksessa onnistuttiin hyvin. Suotavaa olisi ollut varata enemmän aikaa tutkimuslupien ja tutkimusvastausten saamiseen, jolloin vastauksia olisi luultavasti tullut enemmän. Webropol-ohjelmiston käyttö koettiin helppona.

Opinnäytetyön ohjausta saatiin työn eri vaiheissa. Asiantuntijalääkäreiden osallistuminen koettiin merkittävänä ja heidän kannustuksensa motivoivana. Tulevaisuudessa opinnäytetyöntekijät uskovat voivansa hyödyntää opinnäytetyöprosessista saatua tietoa palliativisen hoidon ja saattohoidon toteuttamisessa ja kehittämisessä.



## LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Helsinki: Tammi.

Council of Europe. 2003. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. The committee of experts. Strasbourg.

Economist Intelligence Unit. 2010. The Quality of Death: Ranking end-of-life care across the world. 14.4.2010. Viitattu 15.4.2015. [www.eiu.com/site\\_info.asp?info\\_name=quality-ofdeath\\_lienfoundation&page=roads&rf=0](http://www.eiu.com/site_info.asp?info_name=quality-ofdeath_lienfoundation&page=roads&rf=0)

Elämän loppuvaiheen hyvä hoito – hoitoketju. 2014. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin hoitoketjut ja -ohjeet. 24.9.2014. Viitattu 11.2.2015. [https://arkki.medikes.fi/shp/preventiimi/hoitoketjutksshp/ELLHO/ETUSIVU\\_ELAMAN\\_LOPPUVAIHEEN\\_HYVA\\_HOITO.html](https://arkki.medikes.fi/shp/preventiimi/hoitoketjutksshp/ELLHO/ETUSIVU_ELAMAN_LOPPUVAIHEEN_HYVA_HOITO.html)

European Association for Palliative Care (EAPC). 2015. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: par 1 & 2. Viitattu 11.2.2015. <http://www.eapcnet.eu/Themes/Organisation/EAPCStandardsNorms.aspx>

Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. 2006. Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Haka-paino.

Hinkka, H. 2004. Saattohoito terveyskeskuksessa. Teoksessa Palliatiivinen hoito. 2 uud. p. Toim. Vainio, A & Hietanen, P. Saarijärvi: Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uud. p. Hämeenlinna: Tammi.

Hoitotahto. 2015. Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto Valvira. Viitattu 26.4.2015. [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/hoitotahto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto)

Hyvä saattohoito Suomessa – asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Viitattu 17.12.2014. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf)

Hänninen, J. 2004. Saattohoito. Teoksessa Palliatiivinen hoito. Toim. A. Vainio ja P. Hietanen. 2. uud. p. Saarijärvi: Duodecim.

Kaleva-Kerola, J. 2013. Ylilääkäri LPKS syöpätaudit. Palliatiivisen hoidon luento. 4.9.2013. Jyväskylä.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino.

Kansallinen Terveysarkisto Kanta. 2015. Viitattu 23.4.2015. [www.kanta.fi/earkisto-esittely](http://www.kanta.fi/earkisto-esittely)

Kuolevan oikeuksien julistus. 1975. Yhdistyneet Kansakunnat.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 20.12.2012. Käypä hoito – suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 16.12.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=007090D7340296E889CFF4B5CD312956?id=khp00072>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 17.12.2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>

L 11.6.1999/731. Perustuslaki. Viitattu 17.12.2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perustuslaki>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uud. p. Porvoo: WSOY.

Myller, H. 2015. Puhelinkontakti 15.1.2015.

Orilahti, M. 2013. Erikoistuva lääkäri. Palliatiivisen potilaan jatkohoito. Luento 4.9.2013. Jyväskylä.

Palliatiivinen hoito Pohjois-Karjalassa – Inhimillisesti potilaan parhaaksi. 2015. Karelia-ammattikorkeakoulu. Toim. Henna Myller. Joensuu: LaserMedia.

Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. 2014. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n julkaisu. Toim. Erjanti, H., Anttonen, M., Grönlund, A. & Kiuru, S. Helsinki: Fioca.

Palve, M. 2013. Anestesiologian erikoislääkäri KSSH. Palliatiivisen hoidon luento 4.9.2013. Jyväskylä.

Pirkanmaan Hoitokoti. Vapaaehtoistoiminta. Viitattu 15.4.2015. [www.pirkanmaanhoitokoti.fi/vapaaehtoistoiminta/](http://www.pirkanmaanhoitokoti.fi/vapaaehtoistoiminta/)

Saattohoidon järjestäminen KSSHP:ssä. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin SUHOKE- hoitoketjutyöryhmän hoito-ohje. Viitattu 16.12.2014. [https://arkki.medikes.fi/shp/preventiitiimi/hoitoketjutksshp/ELLHO/Saattohoidon\\_jarjestaminen\\_KSSHP2014.pdf](https://arkki.medikes.fi/shp/preventiitiimi/hoitoketjutksshp/ELLHO/Saattohoidon_jarjestaminen_KSSHP2014.pdf)

Saattohoito. 2015. Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto Valvira. Viitattu 20.4.2015. [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito)

Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012- Suunnitelmat ja toteutus. 2012. ETENE-julkaisuja 36. Viitattu 12.1.2015. [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf)

Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. 2003. Viitattu 20.4.2015. [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf)

Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020. STM selvityksiä 2010: 6.

Tiedon analysointi. 2015. Tampereen teknillinen yliopisto. Liikenteen tutkimuskeskus. Viitattu 12.2.2015. <http://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>

Tutkimusstrategiat. 2015. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 20.4.2015. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat>

Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Duodecim.

Vainio, A., Hietanen, P., Pitkälä, K. & Moilanen, K. 2004. Palliatiivisen hoidon asema lääketieteessä. Toim. Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim.

Webropol-kyselyohjelmisto. N.d. Elmo-opiskelijaintra. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.2.2015. <https://intra.jamk.fi/opiskelijat/Sivut/Webropol-kyselyohjelmisto.aspx>

WHO. 2002. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: WHO.

WHO. 2010. WHO Definition of Palliative Care. Viitattu 11.2.2015. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

# LIITTEET

## Liite 1. Kyselytutkimus



### Kyselytutkimus palliatiivisen-/saattohoidon tilanteesta Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaaloiden osastoilla

Tämä kysely on Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijoiden, Anne Aaviston ja Eija Porspakan opinnäytetyönä toteuttama tutkimus, jossa kartoitetaan Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaaloiden osastoilla tapahtuvan palliatiivisen-/saattohoidon toteutusta, hoitopolkua ja koulutustarpeita. Opinnäytetyön ohjaavat opettajat ovat lehtori Sinikka Holma ja lehtori Leena Seriola.

Tutkimuksen toimeksiantajana ja taustatukena ovat Ksshp:n asiantuntijalääkäri Anneli Kuusinen ja erikoislääkäri Maarit Orilahti. Tämän tyyppistä kyselytutkimusta ei ole aiemmin toteutettu Keski-Suomen alueen terveyskeskussairaaloiden osastoilla. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan käyttää palliatiivisen- ja saattohoidon kehittämistyössä Keski-Suomen alueella.

Lupa osastoilla suoritettavaan kyselytutkimukseen on saatu asianomaiselta päättäjältä. Tutkimusvastauksia käsitellään vain tutkimustarkoituksessa. Saatu aineisto suojataan käyttäjätunnuksin ja salasanoin Wepropol-kansiossa. Tutkimusaineisto käsitellään ja arkistoidaan nimettömänä ja yksityisyyttä kunnioittaen. Kerätty aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Pyydämme, että osastonhoitaja ja osastonlääkäri vastaavat yhdessä tähän kyselyyn 27.3.2015 mennessä. Tutkimustulokset ovat nähtävissä 31.5.2015 mennessä tutkimusluvan antajalla.

Lisätietoja tarvittaessa antavat:  
Anne Aavisto, h0385@student.jamk.fi, puh. 0408656634  
Eija Porspakka, h0398@student.jamk.fi, puh. 0503304940

Kiitos tutkimukseen osallistumisesta!

#### 1. Toteutetaanko osastollanne potilaan saattohoitoa?

- ☐ Kyllä  
☐ Ei

#### 2. Jos vastasitte edelliseen "ei", missä potilaan saattohoito toteutetaan?

#### 3. Tehdäänkö potilaalle, jolla on pitkälle edennyt/parantumaton sairaus, hoitolinjaus?

Kuolevan potilaan oireiden hoito -Käypä hoito suosituksen (2012) mukaan hoitolinjaus takoiitaa hoidon periaatteita, jotka

sovitaan tarpeeksi ajoissa ja yhteisymmärryksessä hoidettavan ja läheisten kanssa. Hoidettavan itsensä tulee olla tietoinen hoitopäätösten perusteista ja seuraamuksista.

- ☐ Kyllä  
☐ Ei

4. Kirjataanko hoitolinjaus potilastietojärjestelmään?

- ☐ Kyllä  
☐ Ei

5. Mihin edellä mainittu hoitolinjaus kirjataan?

6. Käytetäänkö sairauskertomuksessa ICD-koodia Z51.5 Palliatiivinen hoito tai Z51.5 Saattohoito?

- ☐ Kyllä  
☐ Ei

7. Onko osastonne saattohoidon ABC-asiakkuustaso määritelty?

**STM:n saatto-/palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli**

(linkki: [http://www.palliatiivisenlaaketieteenyhdistys.fi/@Bin/120779/Saattohoidon\\_j%C3%A4rjest%C3%A4minen\\_kunnissa.pdf](http://www.palliatiivisenlaaketieteenyhdistys.fi/@Bin/120779/Saattohoidon_j%C3%A4rjest%C3%A4minen_kunnissa.pdf))

**1. Kaikki terveydenhuollon yksiköt vastaavat perustason saattohoidosta. (taso A)**

- Yksiköt: kaikki terveydenhuollon yksiköt
- Henkilökunta: terveydenhuollon ammattihenkilöt
- Koulutus: perustason koulutus

**2. Alueelliset saattohoidon yksiköt toteuttavat saattohoitoa ja toimivat alueellisina konsultoivina yksiköinä. (taso B)**

- Yksiköt: kotisairaalat tukiosastoinen ja saattohoito-osastot/paikat
- Henkilökunta: moniammatillinen työryhmä (vähintään lääkäri ja sairaanhoitaja), saavutettavuus 24/7
- Koulutus: perustason koulutuksen jälkeistä palliatiivisen hoidon/ lääketieteen koulutusta

**3. Yliopisto- ja keskussairaaloiden palliatiiviset yksiköt ja saattohoitokodit tarjoavat vaativan tason hoitoa ja koulutusta, sekä yliopistosairaala lisäksi vastaa opetuksesta ja alan tutkimuksesta sekä hoidon kehittämisestä. (taso C)**

- Yksiköt: yliopisto/keskussairaaloiden palliatiiviset yksiköt ja saattokodit
- Henkilökunta: moniammatillinen työryhmä (lääkäri, sairaanhoitaja ja erityistyöntekijöitä), erityiskoulutetun henkilöstön saavutettavuus 24/7
- Koulutus: palliatiivisen hoidon/lääketieteen pätevyys

- ☐ Kyllä  
☐ Ei

8. Rastita osaston asiakkuustaso

- ☐ A  
☐ B

☐ c

9. Kuinka moni osastonne työntekijöistä on osallistunut palliatiivisen-/saattohoidon koulutukseen viimeisen vuoden aikana?

- ☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5-10  
☐ yli 10

10. Työskenteleekö osastollanne palliatiiviseen- ja saattohoitoon erikoiskoulutuksen saanut lääkäri?

- ☐ Kyllä  
☐ Ei

11. Työskenteleekö osastollanne palliatiivisen ja/tai saattohoidon lisäkoulutuksen omaava hoitaja?

- ☐ Kyllä  
☐ Ei

12. Työskenteleekö osastollanne kivunhoidon lisäkoulutuksen omaava hoitaja?

- ☐ Kyllä  
☐ Ei

13. Onko osastollanne käytettävissä?

- ☐ Psykologi  
☐ Psykiatri  
☐ Psykiatrinen sairaanhoitaja  
☐ Sairaalapastori  
☐ Fysioterapeutti  
☐ Ravitsemusterapeutti  
☐ Toimintaterapeutti  
☐ Puheterapeutti

14. Lisätäänkö osastollanne hoitohenkilöstöresursseja loppuvaiheen vaativassa saattohoidossa?

- ☐ Kyllä  
☐ Ei

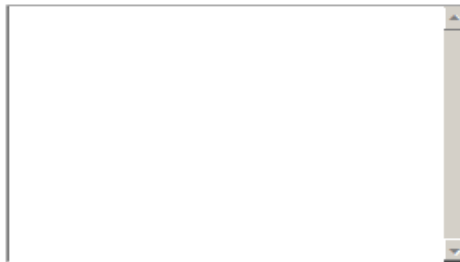
15. Ottaako osastonne saattohoitoa toteutettaessa yhteyttä johonkin konsultoivaan tahoon?  
esimerkiksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sädesairaalan osastoihin

- ☐ Kyllä  
☐ Ei

16. Mikä/mitkä saattohoitopotilaan oirehoidon arviointitavat ovat käytössä osastollanne?  
esimerkiksi kipumittarit

A rectangular text input field with a vertical scrollbar on the right side, currently empty.

17. Millaisia kivunhoitomenetelmiä osastollanne käytetään palliatiivisessa-/saattohoidossa?  
mainitkaa sekä lääkkeettömät että lääkkeelliset

A rectangular text input field with a vertical scrollbar on the right side, currently empty.

18. Onko saattohoitopotilaalla mahdollisuus yhden hengen huoneeseen osastollanne?

- ☐ Kyllä  
☐ Ei

19. Onko omaisella/läheisellä mahdollisuus yöpyä osastollanne?

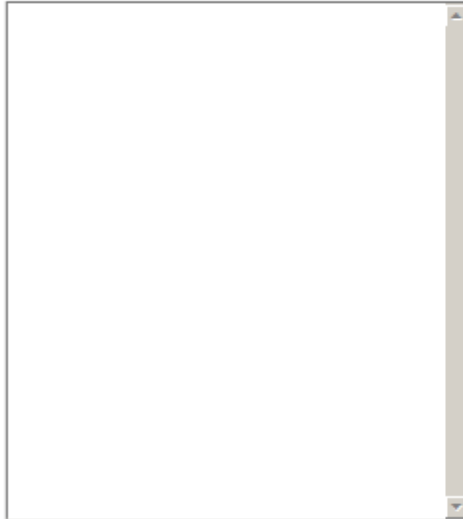
- ☐ Kyllä  
☐ Ei

20. Ovatko palliatiiviseen-/saattohoitoon osallistuneet työntekijät olleet mukana työnohjauksessa viimeisen vuoden aikana?

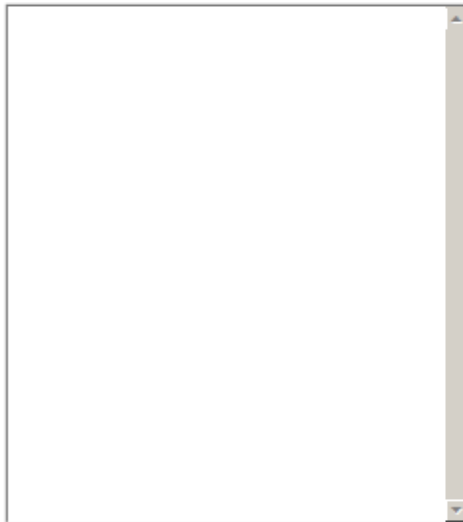
☐ Kyllä

☐ Ei

21. Millaisia palliatiivisen-/saattohoidon haasteita ja/tai toiveita osastollanne on?

A large, empty rectangular text box with a thin black border and a vertical scrollbar on the right side, intended for the user to write their response to question 21.

22. Millaista koulutusta toivoisitte oman työnne tueksi palliatiivisessa-/saattohoidossa?

A large, empty rectangular text box with a thin black border and a vertical scrollbar on the right side, intended for the user to write their response to question 22.

Keskeytä